UNIVERSITÉ DE PARIS VI^e^

FACULTÉ DE MÉDECINE PITIÉ - SALPÊTRIÈRE

75

Année 1972

THÈSE

N^o^

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

CHANOINE Évelyne

née le 8 Mars 1945 à PARIS VI^e^

Présentée et soutenue publiquement le *1972*

Contribution au traitement secondaire ou tardif des fistules traumatiques du canal de Sténon

PRÉSIDENT : Monsieur le Professeur CERNEA

UNIVERSITE DE PARIS VI

FACULTE DE MEDECINE PITIE - SALPETRIERE

-:-

ée 1972 N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

CHANOINE Evelyne

Née le 8 mars 1945 à PARIS 6e

-:-

Présentée et soutenue publiquement le 1972

-:-

CONTRIBUTION AU TRAITEMENT SECONDAIRE OU TARDIF DES FISTULES TRAUMATIQUES DU CANAL DE STENON

-:-

PRESIDENT : Monsieur le Professeur CERNEA

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

mes Parents,

mes Frère et soeurs,

ma famille,

mes Amis,

Ceux qui me sont chers.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41550019_0031

À mes Maîtres

À mes Maîtres de la Faculté,

À mes Maîtres d'Externat,

Monsieur le Professeur BUGE

Monsieur le Professeur DI MATTEO

Monsieur le Professeur HAMBURGER

Monsieur le Professeur LEFEBVRE

Monsieur le Professeur VIALATTE

Et mes Maîtres de l'Institut de stomatologie.

À Madame le Professeur CHAPUT A.

Qui nous a accueillie dans son service à nos débuts dans la Spécialité.

Pour la solidité de la formation acquise grâce à son enseignement et ses conseils, nous tenons à lui exprimer toute notre admiration et notre respectueuse gratitude.

Monsieur le Docteur SOLAS J.

Assistant des Hôpitaux

Qui fut notre premier Maître en Stomatologie.

Avec notre fidèle et respectueuse reconnaissance.

Monsieur le Professeur CREPY

Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre respectueuse reconnaissance.

À Monsieur le Docteur OWAZZA

Qui nous a aimablement accueillie à sa consultation de l'Hôpital de GARCHES, et nous a permis la réalisation de ce travail.

À Monsieur le Professeur J. CERNEA

Qui nous a fait le grand honneur d'accepter
la présidence de cette thèse.

Qu'il trouve ici l'expression de notre respect et de
notre reconnaissance.

INTRODUCTION

Comparativement à la fréquence des traumatismes faciaux, les plaies faciales intéressant le canal de sténon et suivies de l'apparition d'une fistule salivaire cutanée sont relativement rares

L'atteinte salivaire est généralement méconnue dans les suites immédiates du traumatisme, souvent masquée par les réactions imflammatoires particulièrement importantes au niveau de la face, ou parfois négligée du fait d'une atteinte grave de l'état général ou de polytraumastimes associés.

Secondairement, c'est un problème essentiellement thérapeutique qui se pose, devant la gêne causée par l'écoulement de la salive à l'extérieur, et les risques de surinfection.

Le nombre et la diversité des procédés décrits témoignent de la difficulté de ce traitement.

Après un bref rappel anatomique, nous décrirons les différentes techniques utilisées, les conditions de leur réalisation et les résultats que l'on peut en attendre.

Puis nous rapporteront le cas de quatre fistules salivaires observées dans le service de traumatologie de l'hôpital Ambroise Paré, l'une purement glandulaire, les trois autres, canalaires.

Ces trois dernières furent traitées par drainage endo-buccal.

Cette technique n'est certes pas nouvelle.

Cependant les résultats que nous avons obtenus et les avantages qu'elle présente lui font attribuer une place de choix dans les conditions actuelles de traitement des fistules du canal de sténon.

°

° °

RAPPEL ANATOMIQUE

Un bref rappel de l'anatomie et de la topographie de la glande parotide et de son canal nous montre que leur situation superficielle les expose tout particulièrement au traumatisme et à l'infection.

En effet, il suffit de traverser les plans superficiels formés par la peau, le tissu cellulaire sous-cutané et l'aponévrose cervicale superficielle pour aborder directement la face externe de la glande parotide.

Le canal qui lui fait suite, ou canal de sténon, est formé par la réunion de 14 ou 15 canaux résumant les voies d'excrétion des lobules. Il naît dans l'épaisseur de la parotide tantôt par deux troncs, supérieur et inférieur, tantôt par un seul tronc collecteur qui se porte à travers la glande obliquement en haut et en avant.

Il apparaît au bord antérieur de la glande, un peu au-dessus de sa partie moyenne, et va traverser très superficiellement les régions massétérines et génienne.

Dès son origine, accompagné souvent par le prolongement massétérin de la glande, il monte un peu avant et en haut jusqu'à 15 ou 20 mm au-dessous de l'arcade zygomatique.

De là, il se dirige horizontalement et chemine sur la face externe du muscle masséter, accompagné de l'artère transversale de la face, située un peu au-dessous de lui, et des branches du nerf facial, situées au-dessus et au-dessous de lui. Il contourne alors le bord antérieur du muscle masséter et la boule graisseuse de Bichat, suit

sur environ 8 mm la face externe du muscle buccinateur, le traverse en oblique, chemine sous la muqueuse buccale sur une étendue de 5 à 6 mm, et débouche dans le vestibule par un étroit orifice en forme de fente, situé souvent sur la cupule d'une petite papille de la muqueuse, en avant du collet de la deuxième molaire supérieure.

Sa projection se fait suivant une horizontale menée du lobe de l'oreille à l'aile du nez. Une ligne menée du tragus à la commissure labiale, croisant en X allongé la direction du canal, est sûre de le repérer : ces deux lignes se croisent au bord antérieur du masséter.

Telles sont les données anatomiques classiques.

Les derniers travaux anatomiques et les données fournies par la sialographie ont montré, d'une part des variations dans l'abouchement des canalicules accessoires, sur le canal principal, et d'autre part, des dispositions anatomiques variables dans la portion proximale du canal de sténon. Mais le nombre et la diversité de ces dispositions n'ont pas permis de les systématiser.

Cependant, il est bon d'avoir la notion de ces variations présente à l'esprit lors du traitement des fistules salivaires.

* * *

- ETUDE DES DIFFERENTES METHODES DE TRAITEMENT UTILISEES -

Depuis 1660, date de la découverte par Sténon du canal excréteur de la parotide, de nombreuses méthodes à tendance étiologique ont été mise en oeuvre.

Actuellement, il semble qu'il faille juger avec discernement de chaque cas particulier, ne réfuter à priori aucune méthode de façon catégorique, et savoir au besoin les associer.

Ainsi, après LOUIS, qui en 1957, introduit un fil dans le canal distal pour favoriser l'écoulement salivaire, (principe du séton), c'est DEROY qui, en 1760, réalise la première méthode efficace de traitement de la fistule :

La dérivation salivaire interne par fistulation muqueuse, ou

ponction simple.

Lui font suite successivement, les méthodes de DEGUISE (1811), plus récemment celles d'ACHARD et LEVROUX (1954), et GAILLARD (1969).

A) - Toutes ces méthodes sont basées sur le principe simple de la dérivation salivaire intra-buccale par drainage.

(1) . Le procédé de la ponction simple de DEROY consiste à ponctionner la joue par l'orifice fistuleux, et à mettre en place un drain lorsque l'écoulement de la salive paraît assuré dans la cavité buccale. La fermeture, après avivement de la plaie cutanée, complète la ponction.

(2) . Le procédé de la double-ponction de DEGUISE consiste, par deux ponctions successives, à étreindre dans une anse de fil L'épaisseur des parties molles au niveau du trajet fistuleux. Le fil, en coupant les tissus, établit ainsi une communication permanente entre la fistule et la bouche. Cette intervention est complétée par une suture cutanée après avivement.

(3) . ACHARD et LEVROUX proposent, lorsque la fistule est fermée spontanément comme cela arrive quelque fois pour laisser un faux-kyste salivaire , de pratiquer un orifice endo-buccal et de mettre en place un drain, en "T".

On peut aussi utiliser un drain en plastique, maintenu à la joue par un point ; GINESTET recommande un drain en vitellium maintenu par une prothèse à l'arcade dentaire supérieure.

Ces trois procédés créent un néo-orifice intra-buccal. Il ne faut pas négliger, lorsque l'extrémité distale du canal est cathétérisable, le simple procédé de BERARD, qui remplace le drainage filiforme imagé par LOUIS par la mise en place d'une canule dans ce même trajet, assurant ainsi, par sa dilatation, la perméabilité de l'ostium.

(4) . GAILLARD (1969) rapporte 5 cas traités par dérivation interne selon une technique proche de celle de DEGUISE.
- il utilise un faisceau de crins en "U" qui conduit la salive à la cavité buccal et permet la création de deux néo-canaux, se rapprochant le plus près possible du canal de sténon primitif en négligeant les restes de celui-ci.

La voie d'abord est la plaie ayant entrainé la section du canal de sténon. Celle-ci, habituellement, si l'intervention est pratiquée quelque temps après le traumatisme et l'intervention initiale de réparation, se désunit facilement.

On tombe alors sur un espace décollable envahi par la salive. C'est de la paroi interne de cet espace que les néo-canaux vont prendre naissance pour se terminer à la muqueuse, à proximité de l'ostium primitif. Ils sont formés à l'aide d'un faisceau de crins de FLORENCE, (5 à 6). Ce faisceau est passé avec une aiguille de Reverdin de la bouche dans l'espace décollable (un fil servant de trateur pour plus de facilité), puis secondairement de cet espace vers la bouche.

Les deux trajets sont situés à une courte distance l'un de l'autre, mais suffisamment éloignés néanmoins pour laisser entre eux un petit volume de tissu. Les deux chefs sont alors dans la cavité buccale, émergeant de la muqueuse à proximité de l'ostium.

En somme, le faisceau de crins forme un "U" dont l'anse s'appuie sur une portion de la paroi interne du lac salivaire, et dont les branches libres conduisent dans la cavité buccale.

Les deux chefs sont alors réunis, et pour éviter que leurs extrémités soient traumatisantes, ou qu'une traction puisse être exercée sur eux, ils sont solidarisés à la face externe des molaires ou des prémolaires avec des ligatures quelconques. La plaie cutanée est alors suturée.

Résultat : La salive empreinte facilement les trajets ainsi créés et au bout de trois semaines, sans aucun autre traitement particulier, le faisceau de crins, qui n'entraîne d'ailleurs qu'une gêne minime est enlevé. Les trajets sont devenus des néo-canaux.

- On a reproché aux méthodes de dérivation créant un néo-canal de favoriser l'infection ascendante.

Or, il semble bien que ce risque soit plus théorique que réel.

Au contraire, le rétablissement du courant salivaire dans la cavité buccale est la meilleure protection contre l'infection ; il est indispensable pour que la fermeture de la fistule ait des chances de réussir. Sinon, la cicatrisation ne peut se faire en raison de l'imbibition de la plaie par la salive.

B) - D'autres méthodes, plus délicates, tentent de rechercher et de réimplanter dans la cavité buccale le bout proximal du canal de sténon : c'est le procédé de LANGUENBECK (1831) modifié par PRINCETEAU et BAILLIF en 1899.

On peut en rapprocher celle de CHUBB, qui isole la colerette cutanée entourant la fistule, et la réimplante dans la bouche.

Les tentatives de reconstitution de la partie terminale du canal avec un lambeau retourné de muqueuse jugale, effectuées par VASSILIEV (1953), ou la mise en place d'un tube de vitellium ou en matière plastique pour assurer la continuité (BARCLAY 1952) sont extrêmement logiques.

Elles sont cependant de réalisation délicate, et il n'est pas exclu que le tarissement de la fistule ne soit dû, en fait, à une exclusion de la glande, en raison des cicatrices qui se forment et aboutissent à une véritable ligature du sténon.

C'est du moins ce qu'ont pu prétendre les partisans de la ligature systématique du canal : MORESTIN, qui la pratiqua sur une large échelle en 1917 (mais il faut souligner ici qu'il était en présence de plaies balistiques souvent étendueset accompagnées de gros délabrements des parties molles, et de blocs de sclérose rendant souvent vain d'emblée tout espoir de rétablissement fontionnel de la glande) .

Cette insinuation est, néanmoins, logique :

Il est regrettable qu'elle n'aie pu être vraiment refutée, par des contrôles tardifs du fonctionnement glandulaire.

Espérons que la pratique, actuellement simple et répandue de la sialographie, permettra dorénavant une analyse précise et sûre des résultats, et, partant, des indications de ces différentes méthodes.

Celles-ci sont particulièrement intéressantes dans le cas des fistules antérieures, prémassétérines et géniennes, où la réunion des deux segments, proximal et distal n'est toujours pas possible.

C) - Ceci nous amène au problème du rétablissement de la continuité canalaire par suture termino-terminale. Ces méthodes à tendance réparatrice semblent, du point de vue théorique, beaucoup plus séduisantes. Elles sont bien codifiées, et leurs indications très précises.

Ces sutures ne peuvent en particulier s'adresser qu'à des plaies récentes, en tissus sains et souples. Un matériel de suture fine est indispensable pour obtenir de bons résultats.

(1) . La 1ère de ces méthodes fait la transition entre la dérivation endo-buccale et la suture. C'est la méthode de SEBILEAU :

° découverte du canal de sténon par incision de quelques centimètres sur la lignes de projection du sténon allant du lobule à l'oreille à l'aile du nez (ligne de Farabeeuf). Le sténon est le plus superficiel au bord antérieur du masséter, c'est-a-dire au croisement de la ligne précédente avec une ligne allant du tragus à la commissure labiale.

° Libération de la cicatrice ; deux éventualités se présentent alors :

. les deux extrémités du canal sont retrouvées et peuvent être affrontées. On passe 3 ou 4 fils de soie 00 dans la tranche du bout proximal, et par un stylet boutonné à oeillère introduit dans le bout distal, on les fait ressortir par la bouche; enfin, suture des deux bouts par points séparés à la soie.

. seule, l'extrémité proximale est utilisable : effondrement de la muqueuse jugale avec un trocart et, par l'orifice on attire les fils placés sur le bout proximal. On termine par une suture cutanée minutieuse en deux plans si possible, les fils endo-buccaux sont fixés à la peau de la joue par du sparadrap, et tombent au bout de quelques jours.
Le procédé est séduisant, mais n'est pas à proprement parler une anastomose termino-terminale, puisque le bout proximal est invaginé dans le bout distal.

(2) . Actuellement, la majorité des auteurs préfère l'anastomose termino-terminale en bout-à-bout à points séparés.
La voie d'abord est identique, à moins qu'elle ne soit conditionnée par une cicatrice particulière.

. La suture est rendue possible par l'emploi de matériel de suture extrêmement fin : aiguilles courbes atraumatiques serties de soie fine 000 ou 0000 ou même 000 000.

. Il est nécessaire d'établir un drainage pendant la cicatrisation. Différents matériaux peuvent être employés :

° soie

° fils de Tantale n° 10

° sonde urétérale

° crin de cheval

° drain en "T"

° bougie filiforme.

La difficulté est de fixer ce drainage, soit par suture de la muqueuse jugale, soit par fixation à la canine supérieure, soit par un morceau de sparadrap collé à la peau de la joue.

- Bornstein et Simon utilisent un fil d'acier, dont l'anse parcourt entièrement le canal, une extrémité sortant par l'ostium, et l'autre traversant la paroi du canal à son origine parotidienne, puis les téguments ; les deux extrémités sont alors nouées ensemble.
Ainsi il est absolument impossible que le fil quitte la zone d'anastomose et tombe dans la cavité buccale.

- Glascock (1937) fait sortir de la même façon un gros drain en fils de soie, qu'il maintient à la peau par un point à chaque extrémité, et laisse pendant 4 à 6 semaines, pour permettre la formation d'un large canal.

Ce drainage a cependant le gros inconvénient de créer une cicatrice supplémentaire.

D) - Or, la fermeture de l'orifice cutané de la fistule est un temps capital, et joue également un rôle important dans la qualité du résultat fonctionnel obtenu. On est parfois obligé de recourir à un procédé plastique.

. soit parce que l'on manque d'étoffe du fait de la sclérose rétractile des téguments,

. soit pour décaler la zône de l'anastomose de la zône de fermeture. Les lambeaux de glissement par rotation ou translation, et mêmes les lambeaux croisés en "Z" peuvent rendre de grands services.

E) - Enfin, de nombreux procédés d'exclusion temporaire de la parotide, par blocage de la secrétion glandulaire, ont été utilisés :

. soit isolément :

Ils ont donné de bons résultats dans les cas de fistules glandulaires, avec atteinte de canalicules accessoires de la glande,

. soit comme traitements adjuvants, dans le cas des fistules du canal principal.

Ce drainage a cependant le gros inconvénient de créer une cicatrice supplémentaire.

D) - Or, la fermeture de l'orifice cutané de la fistule est un temps capital, et joue également un rôle important dans la qualité du résultat fonctionnel obtenu. On est parfois obligé de recourir à un procédé plastique.

. soit parce que l'on manque d'étoffe du fait de la sclérose rétractile des téguments,

. soit pour décaler la zône de l'anastomose de la zône de fermeture. Les lambeaux de glissement par rotation ou translation, et mêmes les lambeaux croisés en "Z" peuvent rendre de grands services.

E) - Enfin, de nombreux procédés d'exclusion temporaire de la parotide, par blocage de la secrétion glandulaire, ont été utilisés :

. soit isolément :

Ils ont donné de bons résultats dans les cas de fistules glandulaires, avec atteinte de canalicules accessoires de la glande,

. soit comme traitements adjuvants, dans le cas des fistules du canal principal.

ainsi ont pu être utilisés :

• des moyens de mise au repos physiologique de la glande par immobilisation mandibulaire, au moyen d'un blocage inter-maxillaire ou d'une cure de jeûne et de sommeil.

• des moyens pharcomadynamiques :
L'atropine et ses dérivés (probanthine, à raison de 50 mg toutes les 6 heures pendant une semaine).

• la radiothérapie, à raison de 2 à 3 séances de 200 à 300 r, peut supprimer temporairement la secrétion salivaire, et permettre ainsi la cicatrisation de la fistule.
Cependant, cette dose sclérosante est souvent insuffisante pour inhiber complètement la fonction glandulaire, et ne peut être augmentée sans risques de lésions cutanées .

• L'arrachement du nerf auriculo-temporal, proposé par LERICHE, est une intervention simple, relativement facile à réaliser, et qui n'entraîne pas de cicatrice inesthétique, puisque la voie d'abord se fait par une petite incision prétragienne, comme pour chercher l'articulation temporo-mandibulaire.
On recherche à la sonde cannelée le nerf derrière les vaisseaux temporaux superficiels, on le charge sur une pince, et on l'arrache en l'enroulant autour de celle-ci, comme dans la technique de la phrénectomie.

Pour beaucoup d'auteurs, cette intervention donne de bons résultats, mais l'arrêt de la secrétion n'est pas toujours total, et la glande ne s'atrophie pas.
Quant à la xérostomie qu'elle entraîne; elle n'est que momentanée.

. Plus récemment, Arulpragasam a proposé la résection du nerf tympanique et du nerf de la corde du tympan à l'oreille moyenne.

Cette méthode lui a donné de bons résultats dans le traitement des fistules en rapport avec les canaux intra-glandulaires, et en association avec les réparations du canal principal, lorsqu'il est intéressé.

Ainsi, les grands principes de base trouvent, dans leur application , des modalités extrêmement variées et spécialisées, et le choix des indications peut paraître très vaste.

En fait, il est limité dans la pratique courante par des impératifs cliniques et des conditions anatomiques et techniques, qui font rechercher avant tout un moyen simple, rapide, et sûr, de supprimer la fistule salivaire.

Tel a été notre but dans les observations suivantes.

1re OBSERVATION

. Le 13.03.1971, Mme L..., est blessée à la joue gauche par des éclats de verre. Elle présente une plaie linéaire de 4 cm, verticale, en avant du muscle masséter, qui est suturée en urgence.

Elle consulte quelques jours plus tard pour une tuméfaction apparue au niveau de la cicatrice, dont la ponction ramène du pus. Cultures et antibiogramme sont pratiqués. La malade est mise sous antibiotiques.

. Le 19.03.1971, une nouvelle ponction ramène 15 cm3 de liquide séro-hématique. Sur la sialographie pratiquée, seule l'extrémité distale du canal est injectée, sur une longueur d'environ 2 cm. Puis le lipiodol s'accumule en une large flaque, correspondant à la poche sous-cutanée.

. Le 31.03.1971 est effectuée la marsupialisation de ce faux-kyste salivaire par plaie du sténon, datant de trois semaines.

C.R.O. : Excision de la cicatrice jugale gauche, après ponction de 15 cm3 d'un liquide salivaire.
On tombe aussitôt dans une vaste poche où il n'est pas possible d'individualiser les deux extrémités du canal de sténon.
Par le côté muqueux, on fait passer un drain de Redon, dont l'extrémité interne est fixée au bord antérieur du masséter par un point de catgut chromé, l'extrémité buccale du drain coupé en biseau est fixée à la joue, en arrière de la commissure.

Fermeture soigneuse en deux plans des plans superficiels.

Les suites sont favorables.

. Le 6.04.1971 : ablation des fils et raccourcissement du drain.
. Le 30.04.71 : ablation du drain de Redon.
La salive s'écoule librement dans la cavité buccale.

. La 16.06.1971, soit 3 mois après l'accident, la patiente est revue à la consultation. L'écoulement salivaire est normal Aucune complication de type rétention ou infection secondaire ne s'est produite.

Cependant, on constate l'apparition tardive d'une paralysie de l'hémi-lèvre supérieure gauche, s'accompagnant d'anesthésie sur une surface de 2 cm2 en avant de la cicatrice.

Celle-ci est rétractile est déprimée en son centre.

L'évolution de la paralysie faciale partielle est lentement régressive.

En résumé : dans ce cas, la section du canal de sténon, a abouti à la formation d'un faux-kyste salivaire, dont l'évacuation imposait le draînage.

Le drain de Redon mis en place a permis le rétablissement du courant salivaire dans la bouche, et son maintien pendant trois semaines, la formation d'un néo-canal, l'état du canal sectionné ne permettant pas d'envisager la restauration du canal primitif.

Signalons l'importance de la sclérose cicatricielle, à l'origine de la paralysie des rameaux buccaux du nerf facial, dont la suppléance, cependant, s'établit progressivement.

* *

*

2ème OBSERVATION

. Le 10.04.1971, Mr. ..., âgé de 34 ans, est victime d'un accident d'automobile. Il présente des plaies multiples de la face, qui sont suturées en urgence. Parmi celles-ci existe une plaie plus importante, s'étendant du tragus gauche à la verticale de l'apex de la canine inférieure gauche.

Celle-ci est également explorée et suturée. Cependant, les jours suivants, l'apparition d'un volumineux hématome de la joue gauche, qui persiste et augmente encore de volume malgré la mise en place d'un drain, fait craindre une lésion osseuse sous-jacente, pour laquelle le malade nous est adressé.

. Le 15.04.1971, le malade est vu à la consultation. L'intégrité osseuse est vérifiée. Devant l'importance de l'hématome, et malgré le drainage filiforme, on décide de débrider la suture et de procéder à une nouvelle exploration.

On découvre l'existence de débris de verre à la partie supérieure de la cicatrice, dont on pratique l'ablation.

Le reste de l'exploration est négatif.

La sensibilité de la face est normale.

Les jours suivants, autour du drain laissé en place, se développe une importante tuméfaction , dure, comblant en partie le sillon naso-génien, et limitant l'ouverture buccale à deux travers de doigt.

Du drain s'écoule un liquide séro-hématique, dont l'analyse révèle l'origine salivaire.

On découvre alors une paralysie faciale partielle, avec signe de Charles Bell.

. Le 30.04.1971 : l'écoulement salivaire par la fistule persiste, spontané, et lors de la pression de la glande/

La sialographie authentifie la section du canal de sténon dans sa partie initiale. Seule, une partie du lobe inférieur est injectée

. Le 12.05.1971 est pratiquée, sous anesthésie générale, le drainage par voie buccale de la fistule.

C.R.O. : On résèque la partie supérieure de la cicatrice de la région parotidienne gauche ; on tombe sur une poche de 2 cm de large, suppurée, et sur un bloc très important de sclérose sus-jacente à la poche, mais on ne peut pas mettre en évidence de plaie du sténon, et on ne peut pas non plus faire déboucher dans la poche le cathéter mis en place dans le sténon par voie buccale.
Mis en place d'un drain de Redon transfixiant la muqueuse buccale et fixé dans la paroi de la poche par deux points de catgut.

. Fermeture de la plaie en trois plans après avivement des bords ; le drain de Redon est fixé aux incisives supérieures.

. Le 24.05.1971 : ablation du drain de Redon - L'écoulement salivaire est normal.

Deux mois plus tard, le malade est revu à la consultation. La fistule cutanée a parfaitement cicatrisé. L'écoulement salivaire par l'orifice endo-buccal est normal.

En résumé : là encore, la sclérose entourant la fistule et la suppuration imposent évacuation et drainage. Il est impossible d'envisager une intervention à visée reconstructrice.

La mise en place d'un drain de Redon pendant 12 jours a permis un drainage efficace de la suppuration, et le rétablissement du courant salivaire.

Associé à une fermeture soigneuse des plans superficiels, et à une antibiothérapie prolongée, il a permis la cicatrisation de la fistule dans les délais normaux.

* *

*

3ème OBSERVATION

. Le 10.10.1971, Patrick M..., âgé de 18 ans, est victime d'un accident de vélomoteur . Transporté d'urgence à l'hôpital en état de choc, il présente une fracture ouverte de jambe, et des plaies multiples de la face.
Celles-ci sont suturées rapidement, et toute l'attention est portée sur la réanimation du blessé, la survenue d'une gangrène gazeuse nécessitant bientôt l'amputation et la réanimation en service spécialisé.

Ce n'est que lorsque l'état du blessé s'est amélioré qu'il nous est adressé pour une suppuration jugale gauche, où l'on retrouve les mêmes germes que dans les hémocultures, pyocyanique et protéus , mais ici, sensibles aux antibiotiques.

. Le 12.11.1971 : l'injection de lipiodol par la fistule opacifie le canal de sténon et une partie de la parotide gauche. L'injection par l'ostium du canal ne montre aucune opacification glandulaire.

. Le 21.12.1971 ; drainage endo-buccal de la fistule. Intervention sous anesthésie générale.

C.R.O. : Par la cicatrice cutanée, et après repérage à la sonde du trajet fistuleux, on parvient au bord antérieur du masséter, mais il est impossible de découvrir le bout mésial du canal de sténon.

Par l'ostium du sténon, on introduit un cathéter qui permet de mettre en place du côté jugal un drain de Redon dont l'extrémité perforée est fixée par un catgut au niveau présumé de la section traumatique du canal. Ce drain est fixé à la canine et à l'incisive centrale gauche par deux ligatures péri-coronaires.

Fermeture de la plaie jugale en deux plans.

Catgut et Crinercé

. Le 23.12.1971 : le drain est malencontreusement enlevé.

. Le 06.01.1972 : devant la réouverture de la fistule, et la réapparition d'une suppuration par l'orifice fistuleux externe, on tente de remettre en place, par l'ostium du canal de sténon, un très fin cathéter de polyéthylène.

L'écoulement par l'orifice fistuleux diminue. Son caractère purulent nécessite la reprise de l'antibiothérapie.

. Le 15.11.1972 : bien que complètement tarie, la fistule n'est pas cicatrisée.

. Le 3.03.1972 : on peut affirmer la fermeture de la fistule. La cicatrice est fragile, déprimée en son centre.

L'ostium du canal donne issue à une salive qualitativement normale.

COMMENTAIRES :

Cette observation appelle plusieurs remarques.

L'interruption précoce du drainage et de l'antibiothérapie de couverture a entraîné, sans mul doute, la reprise de la suppuration par l'orifice fistuleux.

Celle-ci retarde la cicatrisation, et de plus, compromet l'avenir fonctionnel de la glande.

Il sera intéressant de revoir le malade ultérieurement, et de contrôler la perméabilité du canal.

* *
*

4ème OBSERVATION

. Le 8.08.1970, P.L..., âgé de 29 ans, victime d'un accident du travail, est hospitalisé dans l'état alarmant d'un polytraumatisé grave dans un premier temps sont entrepris :

- réanimation
- traitement des lésions thoraco-abdominales
- réduction de la disjonction crânio-faciale, du type Lefort II.

Quelques jours plus tard, réduction de la fracture mandibulaire, et ostéosynthèse.

. Le 17.08.1970, au niveau de la plaie faciale initialement suturée, située en avant du conduit auditif externe gauche, verticale de 4 cm de longueur, apparaît un volumineux hématome, qui désunit les bords de la plaie et tend à s'évacuer spontanément.

L'exploration de la plaie ne permet de repérer aucun élément.

. Le 19.08.1970, un nouveau gonflement de la région parotidienne gauche et la production de salive par la plaie lors des repas authentifie la fistule salivaire.

Chez ce malade trachéotomisé et soumis à des doses massives d'antibiotiques, la fistule salivaire pré-auriculaire a guéri spontanément en trois semaines.

EN CONCLUSION :

Dans ce cas, la fistule était glandulaire, et n'intéressait que des canalicules secondaires.
Leur fermeture spontanée est la règle, comme nous l'avons vu, en l'absence de complications infectieuses.

* *

*

CONCLUSIONS

L'étude de ces quatre cas de fistules traumatiques du canal de sténon nous a permis, après une mise au point rétrospective des différents traitements proposés, et la discussion de leurs avantages et inconvénients respectifs, d'exposer la technique que nous avons employée dans les trois cas où nous sommes intervenus, et de tirer quelques conclusions d'ordre essentiellement pratique.

Il ressort de ces observations qu'il est extrêmement rare de pouvoir faire précocément le diagnostic de fistule salivaire : les blessés sont souvent des polytraumatisés, et ce n'est que dans les jours qui suivent l'accident que la symptômalogie de la fistule attire l'attention.

Or, les données anatomo-cliniques que nous avons exposées montrent que toute plaie faciale située sur le trajet du canal de sténon, c'est-à-dire traversant la ligne reliant le tragus à l'aile du nez, peut l'intéresser, et requiert une exploration minutieuse , l'idéal étant que le spécialiste de chirurgie maxillo-faciale soit consulté d'emblée.

A ces deux conditions : diagnostic précoce, examen en milieu spécialisé, s'ajoutent encore les conditions particulières à chaque blessé, relatives à son état général, et à l'état de la plaie elle-même ; son siège, les lésions associées ou les pertes de substance éventuelles ne permettent, en fait, que rarement la thérapeutique idéale que constitue le rétablissement de la continuité canalaire par suture termino-terminale, ou l'abouchement à la muqueuse buccale du segment proximal, techniques extrêmement séduisantes en théorie, mais dont nous avons vu les difficultés de réalisation pratique, et les résultats assez aléatoires.

La technique que nous avons utilisée a le mérite d'être simple, rapide, facile à exécuter quelque soit le siège anatomique de la fistule.

Elle permet une dérivation salivaire endo-buccale par simple drainage, soit par l'extrémité distale du canal lorsqu'il est utilisable soit par la création d'un néo-canal.

Cette dérivation interne, associée à une fermeture minutieuse des plans superficiels, permet la conservation de la physiologie normale de la glande.

Nous suivons ces patients depuis plusieurs mois, et le résultat fonctionnel est très satisfaisant.

Nous pensons que cette technique méritait d'être rappelée, et que son utilisation plus étendue permettra de confirmer son apport pratique, et l'efficacité de ses résultats.

* * *

S E R M E N T

En présence de mes maîtres de cette Ecole, et de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas de qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les moeurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirai et les soignerai sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes ; si je viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

* * *

BIBLIOGRAPHIE

- ACHARD G.et LEVROUX S. (Marseille)

  . Traitement chirurgical des fistules du canal de sténon

  (13ème congrès de stomatologie, PARIS, oct. 1953 CR. p. 177)

  - Rev. stom. Août - Sept. 1954-55 n° 8/9 (653-55)

- ARULPRAGASAM A.C.

  . Traitement des fistules parotidiennes
  J. Laryng. 81 : 329 - 37 - Mars 67

- BAILLIF

  . La chirurgie des fistules de sténon
  Thèseonéo. Tome 84 - n° 962 1889

- BALBIANI (Melle Hilda) (Buenos-Aires)

  . Fistules du canal de sténon
  - Rev. stom. - Févr. - Mars - 1953-54 n° 2/3 (147-154)

- BARCLAY L.T.

  . Fistules salivaires de la parotide
  Brit. J. Plast. Surg. Oct. 1952, 5, n°3 (205-206)

- BARON H.C.

  . Traitement chirurgical des fistules salivaires
  Ann Surg. 153 . 545-554 - 1961 (avril)
  (ou G.P. 21 . 89-98 . juin 60)

- BARON H.C. , and OBER W.B.

. Atrophie de la glande parotide
Arch. Surg. 85 : 1042 - 1962

- BORNSTEIN et SIMON

. Réparation primitive réussie d'un canal de sténon lacéré
Plast. reconstr. Surg.
Sept. 1950 - 6 - n° 3 . 2A-228

- BOUCHE J. Coll.

. Blessure de la région parotidienne avec paralysie faciale.
Conduite à tenir -
Annales d'O.R.L. (PARIS) 86 - 425 - 30
Juillet - Août 1969

- BILESIO E.A. et Coll.

. Traitement chirurgical des lésions traumatiques du canal de sténon
Prensa Méd. Argent. 50 : 3398 - 405
27 déc. 63

- CALVET J. et LACOMME Y.

. Fistules traumatiques du sténon
J. Franç. d'O.R.L.
Janv. - Févr. 1962 - 11 n°1 - 105 - 110

- COSTANTINI H. (Alger)

. Une nouvelle méthode du traitement des fistules parotidiennes : Cautérisations et cure de silence
Afrique-Franç. Chir.
Mai-Août 1945 - n° 3/4 - (65-68)

- DECHAUME M. GRELET et DESBANS

. Fistules salivaires
Rev. stom. Avril-Mai 1957-58 - n° 4-5 (253-261)

- DELARUE

. Thérapeutique chirurgicale des fistules salivaires
Thèse PARIS 1845 - n° 1229 - tome 101

- DICKENSON A.M.

. Blessures du canal de sténon , New-York State
J. Méd. 27 548 1927

- DIEULAJE

. Fistules salivaires
Annales d'O.R.L. 1918 - 27 - (1972)

- DUBECQ W.J. , BENOIT P. et BRETON J.L.

. Deux cas de fistules traumatiques du canal de sténon :

° Bordeaux Chir., Oct. 1959 , N°4 189-192
° J. Méd. Bordeaux, Nov. 1959 , 136 n°11 (1284)

- ERWIN J.H.

. Correction d'une fistule du canal de sténon par drainage
Surg. Gyn. Obst. 109 (2)
Août 1959 (p. 247-248)

- FABRE A.

. Un cas de fistule traitée par l'opération de LERICHE
Montpellier, thèse méd. - 1920-1921 - n° 130

- GAIDE B.F.,M.J.

. Intérêt de la sialographie pour les fistules parotidiennes
Thèse Paris, 1951 - (

- GAILLARD A.

. Traitement des fistules salivaires après section
traumatique du canal de sténon - Une technique
simple et rapide
Rev. Stom. (PARIS) 69 - 22-228
Avril-Mai 1968

- GARNIER H.

. Du traitement des fistules salivaires par arrachement du nerf auriculo-temporal
Lyon - Thèse méd. 1919-1920 - n° 259

- GINESTET et SOUEF

. Fistules parotidiennes guéries par arrachement du nerf auriculo-temporal
Rev. Stom. - Oct. 1947-48 - n° 10. 640.641

- GINESTET G., PRUDHON G., BRUNET P.

. Un traitement original d'une fistule salivaire rebelle du canal de sténon
Rev. Stom. - Sept. 57-58 (527-528)

- GLASCOCK H. et GLASCOCK H. J.R.

. Réparation des fistules traumatiques du canal de sténon
Surg. Gyn. Obst. 1937 - 355-356

- GOODALL (RE) et FLANDERS (SE)

. Réparation primaire réussie d'un canal de sténon lacéré
Surg. 1947 - 21 (865-69)

- GUIRRIE

. A propos d'un cas de fistule salivaire de la parotide traitée par résection du nerf auriculo- temporal
Bordeaux , Thèse méd. 1919-1920 n° 95

- LANDRY (RM)

. Formation pseudo-kystique traumatique du canal de la parotide
Arch. Surg. - Janv. 58-76 - n°1 - 97-99

- LEBOURG L. et GREPY C.

. Fistules salivaires

- LEBOURG L. et GREPY C.

° Act. od. Stom. - Déc. 54 - 8 - n° 28 - 507. 524

° Considérations sur les fistules du canal de sténon
Rev. odonto Juillet-Août 1935

- LICHTENSTEIN L. et Coll.

. Fermeture d'une fistule salivaire parotidienne
J. Oral. Surg. 23 : 497-498
Sept. 1965

- LUKAC F.

. Traitement moderne des fistules salivaires persistantes, congénitales et traumatiques
Méd. Arch. 12 : 49 - 56 - Mai-Juin 59

- MOREL A.S. et FIRESTEIN A.

. Réparation des fistulestraumatiques du canal parotidien
Arch. Surg. Oct. 1963 - 87, n° 4 (623-626)

- MORESTIN (H.)

. Contribution à l'étude du traitement des fistules salivaires consécutives aux blessures de guerre
Bull. Soc. Chir. - Paris 1917 - 43 (845-55)

- MULER

. Fistule parotidienne traitée par résection du nerf auriculo-temporal (présenté par M. LEMARIEY)
Ann. O.R.L. - 1953 - 70 - n°1 (53-54)

- OLIVIER M.

. Fistule salivaire guérie par dilatation au laminaire du canal de sténon
La presse médi. 1946 n° 50 (p. 688)

- PERKINS R.B. et WARD D.E.

. Blessures du canal de sténon - son remplacement par un tube plastique (polyéthylène)
N. Carolina - réd. J. 14 : 122-123 - 1953

- PIQUET J.J. et Coll.

. Section du nerf de Jacobson et de la corde du tympan dans la fistule parotidienne et le syndrôme de Frey
Presse méd. 78 : 1577 29 août 70

- RAISON J., LEPOIVRE M., COMMISSIONNAT Y.

. Section traumatique du canal de sténon
Rev. de stomatologie . T. 56 n° 5 - 1955

- RICHARD, CERNEA, HENNION

. La rétention lipiodolée après sialographie = syndrôme d'obstruction canalaire
Rev. Stom. - Mai 1942 - 34 - 105

- ROUSSEAU

. Contribution à l'étude du traitement des fistules du canal de sténon
Thèse PARIS n° 272 - 1909 (tome 32)

- SEELY

. Chirurgie constructice du sténon et du facial
Ann. Surg. 73 - 551-563 - 1947

- SCHINDEL (et Coll.)

. Association de la chirurgie et de la radiothérapie dans les fistules de la glande parotide : J. laryng. 82 - 867-70 - Oct; 1968

- SPARKMAN (R.)

° La réparation primitive du canal de sténon traumatise
Ann. Surg. - Mai 1949 - 129 , n°5 602-611
- Mai 1950 - 131 , n°5 743-754

° La lacération du canal parotidien
Ann. Surg. - Mai 1950 - 131 , N°5 743-754

- STRICKER M.

. La réparation du canal de sténon
Ann. de chir. plastique 13 - 173.186
Sept. 1968

- TEES F.J.

. Réparation des blessures du canal parotidien
Canad. Méd. Ass. J. 16 - 145-146 . 1926

- VASSILIEV (G.A.)

. Reconstitution plastique du canal de sténon
Stomatologia (MOSCOU)
1953 - N° 1 (p. 39)

- WALLACE F.T.

. Réparation primaire du canal parotidien
Ann. J. Surg. - 70 - 412-413 . 1945

- WALLACE J.R.

. Méthode de conservation de la continuité du canal parotidien dans les blessures de guerre
J. oral. Surg. 27 - 882-884 - Nov. 1969

- WHITE J.E.

. Réparation primaire des blessures du canal parotidien
J. Nat. Méd. Ass. 42
232-234 - 1950

- WITT KOWSKY

. Traitement roëntgenthérapique des fistules salivaires par la suppression temporaire de la parotide
Deutsche Zeits J. Chirurgie
Janv. 1929 II - 365-368